

令和 年 月 日

他の健康保険加入による国民健康保険被保険者資格喪失届

国民健康保険の記号番号	喪失日
南陽 一	令和 年 月 日

届出人 (世帯主)	住 所												
	氏 名												
	個人番号												
	日中連絡が つく電話番号												

国民健康保険をやめる方				性 別	続 柄									
1	フリガナ												男・女	
	氏 名													
	個人番号													
	生年月日	昭・平・令												
2	フリガナ												男・女	
	氏 名													
	個人番号													
	生年月日	昭・平・令												
3	フリガナ												男・女	
	氏 名													
	個人番号													
	生年月日	昭・平・令												
4	フリガナ												男・女	
	氏 名													
	個人番号													
	生年月日	昭・平・令												
5	フリガナ												男・女	
	氏 名													
	個人番号													
	生年月日	昭・平・令												

- 他の健康保険に加入した方**全員分**の勤務先から交付された「資格情報のお知らせ(※)」もしくは「資格確認書」、マイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報」のいずれかの写しを添付してください。
- 南陽市国民健康保険をやめる方(全員分)の資格確認書または資格情報のお知らせを同封してください。
- 届出人(世帯主)のマイナンバー(個人番号)カードまたは個人番号通知カードの写し(現在の住所・氏名が記載されているもの)、及び届出人の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)の写しを同封してください。
- 各種医療証等をお持ちの方は、後日来庁が必要になる場合があります。

※切り取った「資格情報のお知らせ」では必要な情報全てを確認できないため、切り取らずにお持ちください。